



CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA  
SEPN Quadra 514 Norte - Lote 7 - Bloco B - CEP 70760-542 - Brasília - DF  
www.cnj.jus.br

## INSTRUÇÃO

### INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 39, DE 4 DE MARÇO DE 2016

Regulamenta, no âmbito do Conselho Nacional de Justiça, a assistência à saúde na forma de auxílio.

**O DIRETOR-GERAL DO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA**, com base no art. 230 da Lei nº 8.112/1990 e no uso da atribuição que lhe confere a alínea “b” do inciso XI do art. 3º da Portaria CNJ nº 112, de 4 de junho de 2010, e Portaria/DG nº 361, de 15 de outubro de 2015,

## RESOLVE:

### CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º A assistência à saúde dos Conselheiros, Juízes Auxiliares, servidores efetivos e seus pensionistas, ocupantes exclusivamente de cargos em comissão, requisitados, cedidos, bem como dos seus respectivos dependentes, será prestada na forma de auxílio, de caráter indenizatório, mediante ressarcimento parcial de despesas com planos privados de assistência à saúde médica e/ou odontológica, de livre escolha e responsabilidade do beneficiário, na forma estabelecida nesta Instrução Normativa.

Art. 2º Para fins desta Instrução Normativa, considera-se:

I – beneficiário titular: Conselheiro, Juiz Auxiliar, servidor efetivo ativo ou inativo, servidor ocupante exclusivamente de cargo em comissão, requisitado, cedido ou pensionista estatutário;

II – beneficiário dependente: dependente econômico do beneficiário titular, devidamente cadastrado para esta finalidade;

III - membro de entidade familiar: cônjuge, companheiro, ascendentes e descendentes do servidor, bem como as demais pessoas físicas consideradas seus dependentes perante a legislação tributária e previdenciária.

Art. 3º São considerados beneficiários do auxílio-saúde:

I – titulares:

a) os Conselheiros;

b) os Juízes Auxiliares;

c) os servidores efetivos ativos e inativos, os ocupantes exclusivamente de cargo em comissão, os requisitados e os cedidos;

d) os pensionistas estatutários.

II – dependentes econômicos dos beneficiários das alíneas “a”, “b” e “c” do inciso I.

§ 1º A dependência econômica será definida em ato normativo próprio.

§ 2º Poderão ser cadastrados para percepção do auxílio-saúde os dependentes relacionados no inciso II, ainda que os titulares não sejam beneficiários da assistência à saúde.

§ 3º Caberá ao Diretor-Geral definir, excepcionalmente, a concessão do benefício aos servidores em exercício provisório no CNJ, os quais estarão sujeitos às regras gerais desta Instrução Normativa.

§4º O servidor que acumula cargos ou empregos públicos faz jus ao benefício somente em relação a um deles.

## **CAPÍTULO II DAS VEDAÇÕES**

Art. 4º Não fazem jus à percepção do auxílio-saúde aqueles que:

I – possuem plano privado de assistência à saúde e/ou odontológicos que já esteja sendo objeto de ressarcimento semelhante;

II – possuem plano de assistência à saúde custeado com recursos públicos por órgãos e/ou entidades públicas integrantes da Administração Pública Direta ou Indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e Municípios.

Parágrafo único. Poderão ser beneficiários do auxílio-saúde os titulares ou dependentes de programa de assistência à saúde cuja filiação e permanência no custeio seja compulsória, bem como os titulares ou dependentes que possuam serviço de atendimento médico e/ou odontológico ambulatorial prestado diretamente em rede interna de saúde.

## **CAPÍTULO III DA SOLICITAÇÃO**

Art. 5º A assistência à saúde, na forma de auxílio, será requerida na Unidade de Gestão de Pessoas, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

I – formulário próprio;

II – contrato celebrado entre o beneficiário titular e a operadora de plano privado de assistência à saúde e/ou odontológico, ou documento equivalente que comprove o vínculo do beneficiário titular com o plano de saúde e/ou odontológico, a data da adesão, bem como o valor atualizado da mensalidade dos beneficiários, caso seja diferente do valor expresso no contrato;

III – declaração de que o titular ou qualquer de seus dependentes não percebe ressarcimento semelhante do plano privado de assistência à saúde e/ou odontológico a ser custeado pelo CNJ;

IV – declaração de que não está vinculado a qualquer outro plano de assistência à saúde custeado com recursos públicos, de forma parcial ou integral.

§ 1º Excetua-se da hipótese do inciso IV os beneficiários de programas de assistência à saúde cuja filiação e permanência no custeio seja compulsória, assim como aqueles que possuam serviço de atendimento médico e/ou odontológico ambulatorial prestado diretamente em rede interna de saúde.

§ 2º Poderá a área técnica competente requerer do solicitante a apresentação de documentos diversos dos citados neste artigo para esclarecimento de eventuais dúvidas ou atualização de informações cadastrais.

§ 3º A solicitação será indeferida caso não se atenda qualquer das condições previstas neste artigo.

## **CAPÍTULO IV DO RESSARCIMENTO MENSAL**

Art. 6º O ressarcimento mensal se dará mediante:

I – apresentação de boleto ou documento semelhante;

II – comprovante de pagamento da mensalidade, custeada pelo beneficiário titular ou membro de sua entidade familiar.

§ 1º O documento citado no inciso I do caput deve indicar: o mês da competência; a discriminação dos valores referentes aos dependentes e titular; taxas, se houver; assim como o valor referente à coparticipação, caso seja esta a modalidade do plano de assistência à saúde e/ou odontológico contratado.

§ 2º Em caso de omissão do mês de competência no documento citado no inciso I, considerar-se-á o mês de vencimento do boleto do plano de saúde.

§ 3º Na ausência da indicação de todos os itens descritos no § 1º, a unidade técnica poderá basear-se nas informações dispostas no contrato e/ou outros documentos já apresentados pelo beneficiário.

Art. 7º O ressarcimento dar-se-á após a apresentação dos documentos citados nas alíneas I e II do art. 6º, condicionada à existência de recursos orçamentários.

§ 1º O ressarcimento será efetivado na folha de pagamento do mês subsequente ao da comprovação, salvo casos excepcionais.

Art. 8º Não serão aceitos como documentos comprobatórios para fins de ressarcimento, agendamento de pagamento da mensalidade do plano de saúde, boletos e documentos ilegíveis.

Art. 9º Caberá ao beneficiário informar e comprovar qualquer modificação no contrato firmado com a operadora de plano privado de saúde e/ou odontológico que implique alteração na mensalidade do beneficiário, assim que cientificado formalmente pela operadora.

Parágrafo único. O ressarcimento da majoração da mensalidade do plano de saúde somente produzirá efeitos após a apresentação da documentação comprobatória pelo beneficiário, não havendo direito à percepção de valores retroativos.

Art. 10. Ficam excluídos do ressarcimento os valores decorrentes da mora no pagamento, da coparticipação, assim como das taxas de adesão, entre outras cobranças administrativas.

Art. 11. A vigência da assistência à saúde tem início a partir do mês da solicitação prevista no art. 5º.

§ 1º A vigência prevista no *caput* condiciona-se ao atendimento dos seguintes critérios: início da vigência do contrato, data de ingresso do servidor no CNJ e entrega da documentação completa à seção responsável.

§ 2º Caso o servidor solicite o auxílio no mês em que ingressar no CNJ, será respeitada,

para efeito de cálculo, a proporcionalidade dos dias do mês de ingresso, bem como daquele em que o beneficiário decair do direito à percepção do auxílio.

Art. 12. Para fins de ressarcimento, a operadora de assistência à saúde e/ou odontológico contratada deverá estar registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar.

## **CAPÍTULO V**

### **DO VALOR A SER RESSARCIDO**

Art. 13. O pagamento do auxílio-saúde será calculado à base de 80% (oitenta por cento) do valor efetivamente pago pelo beneficiário titular e dependente econômico, se houver, observados os limites constantes na Portaria expedida pelo Diretor-Geral, segmentados por faixas etárias.

Parágrafo único. Considera-se para os limites citados no *caput* deste artigo a soma das despesas efetuadas com planos privados de assistência à saúde médica e odontológica, caso sejam contratos distintos.

Art. 14. A atualização dos limites do auxílio-saúde será estabelecida por Portaria do Diretor-Geral, observado o interstício mínimo de 1 (um) ano e, em qualquer caso, a disponibilidade orçamentária.

§ 1º A majoração dos limites dar-se-á quando constatada a defasagem de seus valores nominais, cujo parâmetro será a média aritmética dos valores praticados por pelo menos 3 (três) operadoras de planos de saúde e/ou odontológico privados, devidamente registradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar.

§ 2º Os valores adotados para fins de majoração deverão respeitar os princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, bem como deverão corresponder a planos privados de assistência à saúde e/ou odontológico em consonância com a legislação vigente no regime individual ou familiar e para a modalidade de internação em quartos individuais.

Art. 15. Em situações excepcionais, devidamente justificadas e a critério da Administração, poderão ser estabelecidos limites inferiores aos valores vigentes.

## **CAPÍTULO VI**

### **DA PERDA E DO CANCELAMENTO DO BENEFÍCIO**

Art. 16. O titular e/ou seus dependentes perderão o direito ao auxílio-saúde nas seguintes situações:

- I - exoneração;
- II- posse em outro cargo público, inacumulável;
- III- demissão;
- IV- redistribuição;
- V- fraude, sujeitando o infrator às responsabilidades administrativas, civis e penais, conforme o caso;
- VI- término de mandato, de requisição ou de cessão para este Conselho;
- VII- falecimento;
- VIII- perda da condição de dependente econômico;
- IX- a pedido;

IX- outras situações previstas em lei.

Art. 17. O cancelamento do auxílio-saúde ocorrerá nos casos de afastamentos e licenças não remuneradas.

§ 1º Na situação prevista no *caput*, o servidor poderá solicitar, por escrito, a continuidade da condição de beneficiário e a manutenção dos respectivos dependentes para fins de percepção do auxílio-saúde, desde que comprove a manutenção do vínculo no regime do plano de seguridade social do servidor público, conforme previsto no § 3º do artigo 183 da Lei 8.112/1990, o que não o isentará de apresentar, mensalmente, documento comprobatório do pagamento da mensalidade do plano de saúde e/ou odontológico, nos termos do artigo 6º.

§ 2º Os licenciados para desempenho de mandato classista e os afastados para exercício de mandato eletivo, não optantes pela remuneração do cargo efetivo quando permitido por lei, terão o benefício cancelado, mesmo que comprovem a manutenção do vínculo no regime próprio de previdência.

## CAPÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 18. O auxílio-saúde será deferido pela Secretaria de Gestão de Pessoas.

Art. 19. O pagamento da assistência à saúde, sob a forma de auxílio, fica condicionado à disponibilidade de recursos orçamentários do Conselho Nacional de Justiça.

Art. 20 Os casos omissos serão submetidos pela Secretaria de Gestão de Pessoas para deliberação do Diretor-Geral.

Art. 21. Revoga-se a Instrução Normativa nº 8, de 2 de julho de 2012.

Art. 22. Esta Instrução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.

**Fabyano Alberto Stalschmidt Prestes**

Diretor-Geral



Documento assinado eletronicamente por **FABYANO ALBERTO STALSCHMIDT PRESTES, DIRETOR-GERAL - DIRETORIA GERAL**, em 04/03/2016, às 16:21, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A autenticidade do documento pode ser conferida no [portal do CNJ](#) informando o código verificador **0091453** e o código CRC **DFCCEC9E**.